

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 98

DU HOQUET
DANS
LA PNEUMONIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon ASSAILLY

Né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure), le 25 Février 1878

Élève de l'École du Service de Santé Militaire



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

39, Cours Gambetta, 32

1903

DU HOQUET

DANS LA PNEUMONIE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1902-1903. — N° 98

DU HOQUET DANS LA PNEUMONIE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 6 Janvier 1903

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Léon ASSAILLY

Né à Rochefort-sur-Mer (Charente-Inférieure), le 25 Février 1878

Élève de l'École du Service de Santé Militaire



LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

32, Cours Gambetta, 32

1903



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET DOYEN.
LACASSAGNE ASSESSEUR.
CROLAS QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	{	BARD.
Clinique ophtalmologique.		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	{	JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants	{	GAYET.
Physique médicale.		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique	{	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.		WEILL.
Matière médicale et Botanique.	{	MONOYER.
Parasitologie.		HUGOUNENQ.
Anatomie	{	CAZENÈVE.
Anatomie générale et Histologie		FLORENCE.
Physiologie	{	LORTET.
Pathologie interne.		TESTUT.
Pathologie externe.	{	RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.		MORAT.
Anatomie pathologique.	{	TEISSIER.
Médecine opératoire		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.	{	MAYET.
Médecine légale		TRIPIER.
Hygiène	{	POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.	{	LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER.
		CROLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des femmes	MM. POLLOSSON (A.), agrégé.
Maladies des voies urinaires	CHANDELUX, —
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale.	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.	ROLLET, —
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN, —
Anatomie pathologique	DEVIC, —
Physiologie.	DOYON, —
Accouchements.	FABRE, —
Botanique	BEAUVISAGE, —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRA.	PAVIOT.	COURMONT (P.)	REGAUD.
MOREAL.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.	CAUSSE, ch...
VALLASU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. SOULIER, Président; PIC, Assesseur;
MM. COURMONT P. et CHATIN, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MADemoiselle MARIE GROUIN

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR SOULIER

Professeur de Thérapeutique

Médecin honoraire des hôpitaux

Membre correspondant de l'Académie de Médecine.

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHATIN

Médecin des Hôpitaux

INTRODUCTION

Au commencement du mois de juin 1902, M. le P^r Chatin eut l'occasion d'observer, dans son service de l'hôpital de la Croix-Rousse, un malade atteint de pneumonie, qui, au cours de son affection, présenta quelques symptômes anormaux, ou du moins que l'on n'est pas accoutumé à rencontrer dans cette maladie. C'était, notamment, un hoquet assez persistant et douloureux. A ce sujet, M. le P^r Chatin nous engagea à faire des recherches dans la littérature médicale, pour réunir les observations analogues à la sienne, publiées jusqu'à ce jour. D'autre part, nous avons cherché à nous procurer auprès des divers chefs de service des hôpitaux de Lyon, toutes les observations entrant dans le cadre de ce travail.

Qu'il nous soit permis, avant d'aller plus avant dans cette étude, de remercier M. le Professeur-agrégé Chatin, de l'amabilité avec laquelle il nous a accueilli, et des conseils qu'il n'a cessé de nous prodiguer depuis que nous travaillons sous sa direction. Nous tenons aussi à remercier M. Devic, professeur agrégé, et M. le Docteur Mollard, médecin des hôpitaux, pour les observations qu'ils ont eu l'obligeance de nous communiquer.

Notre moisson a été maigre, il est vrai ; néanmoins, de nos démarches et de nos lectures, il en est résulté certains enseignements que nous développerons plus loin.

Les observations publiées ne sont pas bien nombreuses. Celles que nous avons pu nous procurer se trouvent quelques pages plus loin. Il en existe bien quelques autres, mais malheureusement, les journaux qui les renferment ne sont pas très répandus, et elles sont demeurées en dehors de notre champ d'investigation (1).

Quant à nous, nous avons réussi à réunir 5 observations nouvelles. En tout, cela fait 9 observations de hoquet dans la pneumonie publiées jusqu'à ce jour.

Ce qui est surprenant, c'est ce petit nombre de cas et l'absence complète de travaux sur la question. Pourtant, ce phénomène n'est pas d'une rareté exceptionnelle dans la pneumonie. Nous le démontrerons plus loin. Même sur le hoquet en général, on ne trouve que bien peu d'auteurs qui s'en soient occupés. D'abord, la plupart des traités de séméiologie ne le mentionnent pas, témoin la Pathologie générale de Bouchard. Ceux qui en parlent le font en quelques lignes très brèves. Pourtant quelques thèses ont été soutenues sur le hoquet : Citons celles de

(1) Voici les observations auxquelles nous faisons allusion :

Mastroviti. *Singulto nella pneumonite crupale*. Med. contemp. Napoli. 1885. ii 514-525.

D. S. Booth. *Scotch snuff in pleuro-pneumonia (rebellious case of hiccough)*. Tr. South. Ill. Ass. du Quoin. 1879, i 69.

Evans. H. Y. *Pneumonia complicated with singultus*. Phila. M. Times. 1872. ii. 346.

C, Dœpke, à *Berlin* (1892) ; Mercier, *Paris* (1880) ; Loquet, *Paris* (1865).

Dans le dictionnaire de Dechambre, nous trouvons l'article de Ch. Eloy ; dans le dictionnaire de Jaccoud, celui de O. Larcher ; dans le dictionnaire de Médecine, celui de R. Delorme.

Un peu plus loin de nous, nous citerons comme s'étant occupés du hoquet : Debout, *Journal de Médecine*, tome 34 : « Sur les inductions que l'on peut déduire du hoquet dans les maladies aiguës. » — Haller, *Elementa physiologiae*. — P. Despaux, *Paris* 1814. — Tschudi, *Bâle* 1767. — Thiel, *Gottingue* 1761. — Burning, *Utrecht* 1758, — Hoffmann, *Halle* 1733. — Portefaix, *Bâle* 1724.

Nous avons divisé cette étude en 4 parties :

1° Description clinique du symptôme avec observations à l'appui ;

2° Valeur diagnostique du hoquet ;

3° Physiologie pathologique ;

4° Valeur pronostique.

Enfin, avant de terminer, nous dirons quelques mots brefs sur ce que nous pensons du traitement.

DESCRIPTION CLINIQUE

Le premier point à élucider, c'est celui de savoir quelle est la fréquence du hoquet dans la pneumonie. Si nous lisons la monographie de Grisolles sur la pneumonie, nulle part nous n'y voyons noté le hoquet, et pourtant c'est un travail unique en son genre au point de vue clinique, d'une justesse et d'une précision d'observation devenues rares à l'époque actuelle. Que conclure de ce silence de Grisolles ? Qu'il n'avait pas vu de hoquet au cours de la pneumonie ? C'est possible. On peut aussi en conclure qu'il s'agit là d'un phénomène excessivement rare. Le petit nombre d'observations que nous avons pu réunir pourrait faire croire également que ce symptôme est exceptionnel. Nous ne croyons pas qu'il en soit tout-à-fait ainsi. En effet, depuis que notre attention a été éveillée sur le hoquet dans la pneumonie, nous avons réussi à nous procurer 5 observations inédites, dont la plus ancienne remonte au mois de janvier 1901, la plus récente étant de décembre 1902. Obtenir dans l'espace de

deux ans, 5 observations semblables dans une même ville, c'est, pourra-t-on objecter, être tombé par hasard sur une série heureuse. Ce serait possible à la rigueur : pourtant, au cours des visites que nous avons faites à la plupart des chefs de service des hôpitaux de Lyon, nous avons appris que, si quelques-uns n'avaient jamais observé le symptôme en question, le plus grand nombre l'avait vu survenir parfois au cours de la pneumonie ; mais, l'attention n'ayant pas été spécialement attirée sur ce point, le hoquet n'avait pas été noté dans les observations.

Nous tirons de ces affirmations cette conclusion, à savoir, que, ce qui fait la rareté des cas de hoquet dans la pneumonie, ce n'est pas précisément la rareté des cas cliniques, c'est tout simplement qu'on n'a pas noté tous les cas qui se sont présentés.

En résumé, quoique nous trouvant dans l'impossibilité de donner des chiffres exacts sur la fréquence de ce symptôme, nous dirons qu'il est loin d'être d'une excessive rareté et qu'il suffira aux praticiens d'avoir l'esprit éveillé sur ce point particulier, pour l'observer plus souvent et plus exactement qu'on ne l'a fait, en général, jusqu'à ce jour.

Bien que nos observations se rapportent toutes à des individus du sexe masculin, nous ne tirons, de ce fait, aucune déduction. Il ne s'agit que de coïncidences explicables par le petit nombre de faits que nous avons pu réunir et aussi parce que l'homme est plus souvent que la femme atteint de pneumonie.⁷

Au point de vue de l'âge, nous n'avons rien de spécial à noter ; nous trouvons, en effet, dans nos observations

des adultes de 27, 29, 30 et 42 ans et aussi des malades plus âgés, 57 et même 77 ans ! (1)

En somme, tout individu susceptible de prendre une pneumonie, pourra présenter du hoquet au cours de sa maladie. Par conséquent, ne se trouvent exclus de ce cadre, que les enfants, plus enclins, comme on sait, à la broncho-pneumonie.

Par rapport à l'évolution de la pneumonie, quand débute le hoquet ? quand se termine-t-il ? combien dure-t-il ? Le hoquet ne débute jamais en même temps que la pneumonie. Il survient postérieurement au frisson solennel et au point de côté. Il se montre parfois pour la première fois le sixième ou le cinquième jour de la pneumonie, parfois plus tard, jamais avant le troisième ou le deuxième jour.

Il se termine à des époques variables, sans présenter de rapport avec la défervescence. En effet, la plupart du temps, le hoquet persiste, alors que la température est tombée, et cela pendant quelquefois 5 jours. D'autres fois, il cesse bien que la température se maintienne à un niveau élevé.

Sa durée varie peu, semble-t-il, entre 5 et 9 jours, sauf, bien entendu, le cas où la mort vient interrompre brusquement l'évolution de la maladie.

Voyons maintenant comment se présente le hoquet. Ce symptôme ne s'établit pas d'emblée et ne disparaît pas non plus subitement. Il s'installe progressivement et dis-

(1) Nous faisons des réserves sur les 4 cas de Mulreany, cités plus loin, qui ne semblent pas être des pneumonies incontestables.

paraît en s'atténuant peu à peu après avoir présenté une période d'état, celle-ci étant à la vérité la plus longue.

Le hoquet se produit sous forme de secousses brusques du diaphragme, groupées le plus souvent par séries de deux ou trois, quelquefois plus. On peut dire qu'il est continu, car il ne laisse pas de repos au malade et, dans l'Obs. II, nous voyons qu'il revenait toutes les quatre respirations. Comme le sujet avait 56 respirations par minute, son hoquet revenait donc 14 fois par minute. C'est un symptôme très bruyant et très violent, au point que les contractions convulsives du diaphragme peuvent parfois secouer le malade des pieds à la tête et même imprimer des mouvements à son lit. La station assise exagère le hoquet, et c'est un moyen pour le faire réapparaître quand il est à sa période de déclin.

Le hoquet est un symptôme très pénible pour le malade. Il est en effet très douloureux la plupart du temps, et ces douleurs sont localisées par le patient à la région lombaire. Par la pression sur le trajet du nerf phrénique, il n'est pas rare de réveiller aussi des points douloureux ; nous insisterons là-dessus dans un autre chapitre.

Ce qui rend le hoquet encore plus fatigant pour le sujet, c'est, qu'en général, il s'accompagne d'efforts de vomissements qui peuvent rester stériles, mais qui peuvent aussi aboutir au rejet du contenu stomacal, et apporter de ce fait une gêne sérieuse à l'alimentation. Dans l'Observation III, nous lisons aussi que les plus fortes secousses de hoquet réveillent du rire sardonique. Enfin, le plus souvent, ce phénomène s'accompagne d'insomnie, car il est aussi fréquent, aussi intense, aussi douloureux la nuit que le jour.

Il est inutile d'insister sur ce qu'a d'impressionnant et d'alarmant, pour l'entourage, un pareil symptôme. Bien souvent aussi, l'auscultation est gênée par les secousses convulsives du hoquet, ce qui empêche le médecin de se rendre compte de la marche de la pneumonie, ce qui peut être parfois très préjudiciable au malade.

La description qui précède est étayée sur les observations suivantes :

OBSERVATION I

J. Constable. — Cas de hoquet persistant et alarmant dans la pneumonie, guéri par les injections sous-cutanées de morphine (*The Lancet*, 21 août 1869). Traduction de M. le docteur Baillou.

Un mardi matin, le 10 mai, je fus appelé pour visiter M. A..., âgé de 30 ans, et, après examen, voici ce que je trouvai. Le malade était allé voir un ami à environ 10 milles de là, le vendredi : il faisait un vent d'Est froid. Pendant le dîner, il ressentit un malaise et se coucha. Au matin, il se sentit plus malade et commença à tousser et à rejeter des crachats sanguinolents. Le lendemain, il fut rapporté chez lui en voiture découverte. Lorsque je le visitai, le lundi matin, je trouvai tous les symptômes de pneumonie au poumon gauche ; matité marquée aux $\frac{2}{3}$ inférieurs du côté gauche de la poitrine ; râles crépitants fins au poumon du même côté ; expectoration rouillée abondante ; toux ; pouls 120 ; langue sèche ; urines foncées et rares, etc. Lavements de castoréum.

Toutefois, son symptôme le plus saillant était un hoquet persistant, qui avait débuté peu de temps avant mon arrivée. Je veux attirer particulièrement l'attention sur ce symptôme dans le cas de pneumonie, et sur son traitement.

Pensant que le hoquet céderait après les lavements de castoréum, j'y fis peu attention à ce moment, m'attachant tout spécialement à la pneumonie. J'ordonnai un cataplasme de farine de lin et de mou-

tarde à appliquer circulairement sur tout le côté gauche de la poitrine, un nouveau cataplasme de farine de lin à appliquer toutes les 3 heures; 5 grains de poudre grise suivis le soir d'une cuillerée à thé du mélange de Grégory et, en cas de besoin, une potion contenant une solution d'acétate d'ammoniaque, du chloroforme et de l'essence douce de nitre. Comme nourriture, du lait sucré, des volailles, du thé, etc.

11 mai. — Les symptômes pneumoniques n'ont pas empiré. Le malade, cependant, a passé une nuit agitée, ce dont il faut plutôt rechercher la cause dans le hoquet, qui persistait toujours. Je tentai alors d'autres traitements; compression, application d'eau froide inopinément, révulsion au niveau de l'estomac et du diaphragme, sinapismes répétés, enfin absorption de 30 gouttes d'une solution de muriate de morphine à 10 pour 1000.

12 mai. — Les symptômes évoluent favorablement; mais à quelques intervalles près, le hoquet continue aussi intense, secouant l'estomac distendu et son contenu très violemment, évidemment par suite d'une contraction spasmodique du diaphragme. Nouveau lavement de castoréum et administration de divers médicaments; chloroforme, teinture d'opium, extrait de belladone, créosote. Tous restèrent sans effet. Compresse froide en applications soudaines au niveau du diaphragme, compression sur le trajet du nerf phrénique, etc.; tout cela sans succès contre le hoquet.

13 mai. — Le malade était très épuisé et très tourmenté par son hoquet continu, et j'étais à bout de moyens, non pas pour combattre la pneumonie qui évoluait favorablement, mais pour venir à bout de ce hoquet formidable et persistant. Je continuai quelques-unes des drogues précédentes, et je priai le Professeur Bell de venir voir le malade avec moi dans la soirée. Il confirma mon diagnostic de pneumonie, et fut de mon avis en pensant que la maladie, à l'heure actuelle, pouvait être abandonnée à son évolution naturelle. Nous résolûmes de continuer les cataplasmes sur la poitrine, et nous dirigeâmes plus particulièrement notre traitement contre le hoquet qui avait atteint alors un degré alarmant, et pouvait faire périr notre malade. Quelques-uns des remèdes que j'avais déjà employés furent de nouveau essayés: chloroforme, bismuth, eau de Seltz froide, etc. Je ne pus

me procurer de la glace. Un cataplasme belladonné resta en place toute la nuit sur la région stomacale et j'ordonnai une dose de chlorodyne. Si ces moyens échouaient, nous étions d'avis d'appliquer des vésicatoires sur la région de l'estomac et du diaphragme, en ajoutant à la poudre de cantharide, une solution de morphine. Si ce moyen échouait encore, nous essaierions des inhalations prudentes de chloroforme, et nous laisserions le malade sous cette influence pendant quelques heures, ou plus longtemps si c'était nécessaire.

14 mai. — Le patient avait à peine dormi; le hoquet était aussi violent que jamais et avait été ainsi toute la nuit. Pendant le jour, plusieurs des drogues ci-dessus mentionnées furent administrées et on appliqua le vésicatoire. Le malade prenait alors très peu de nourriture, et le peu qu'il ingérait était immédiatement rejeté par la contraction du diaphragme qui secouait non seulement le corps tout entier, mais aussi le lit, tant il était fort.

15 mai. — Trouvant mon malade dans la prostration, à mon retour, le lendemain, en compagnie de mon ami, M. Whitson, je résolus de commencer avec précaution les inhalations de chloroforme, ainsi que l'avait préconisé le Docteur Bell dans sa consultation, étant donné que le hoquet continuait aussi fort que jamais, en dépit de tout ce que j'avais donné. Toutefois, avant de commencer, je réfléchis en moi-même à ce fait que le hoquet était vraisemblablement produit par la contraction spasmodique du diaphragme, causée elle-même par l'excitation anormale et l'irritation du nerf phrénique, et je me rappelai le bénéfice et les effets miraculeux retirés des injections sous-cutanées de morphine, dans des cas de troubles nerveux, comme les convulsions, la sciatique, le lumbago, le tic douloureux, etc.; aussi, je résolus de les employer. Je pris avec moi une fiole de la solution de muriate de morphine et la seringue du Docteur Wood. J'injectai avec précaution 10 gouttes de la solution sous la peau des muscles intercostaux. On le croira difficilement, mais il est pourtant vrai qu'au bout de quelques minutes, le hoquet s'arrêta complètement et ne reparut plus. Le malade fut laissé naturellement en très mauvaise condition. J'administrai une dose de chlorodyne.

16 mai. — Le malade passa une bonne nuit, la première depuis

une semaine, et se remit bien. Le hoquet ne reparut pas. L'estomac supportait le lait, de petites quantités de bouillon et, de temps en temps, une cuillerée de rhum. L'examen physique démontra que la pneumonie évoluait sans complications. Les crachats rouillés diminuaient et sortirent incolores 1 ou 2 jours après; pouls, 80. Langue dépouillée sur les bords et plus humide. Depuis ce jour, l'état du malade se releva peu à peu; 3 semaines après le début de cette maladie, il put vaquer à ses occupations ordinaires, bien que se plaignant de manquer facilement de forces.

Remarques. — On pourrait croire que la crise de cette maladie ayant atteint son maximum le 15, le hoquet aurait cessé sans que l'on ait eu besoin d'avoir recours à une injection sous-cutanée de morphine. S'il était ainsi, ce serait une bien remarquable coïncidence qu'en l'espace de quelques minutes la nature ait arrêté le hoquet. Le malade, homme très intelligent, instituteur, affirma qu'il n'y avait pas coïncidence de la crise dans ce cas. Il croit que c'est l'injection qui a arrêté le hoquet et sauvé sa vie. Je partage son opinion.

Avant d'observer ce cas, je n'avais jamais vu le hoquet au cours de la pneumonie. Un médecin de mes amis me raconta cependant, qu'à un an de là, il avait eu dans sa clientèle un cas de pneumonie à peu près semblable à celui ci-dessus décrit, dans lequel le hoquet apparut entre le 3^e ou le 4^e jour. Tous les remèdes usuels furent employés sans succès, et le patient mourut de hoquet plutôt que de pneumonie à proprement parler. Naturellement la méthode sous-cutanée demande plus ample confirmation.

OBSERVATION II (inédite)

communiquée par M. le professeur DEVIC

J. C., garçon boulanger, 57 ans, entré le 19 janvier 1901, décédé le 26 janvier 1901.

Diagnostic: Pneumonie du lobe inférieur gauche ayant envahi secondairement le lobe supérieur. Hoquet persistant.

25 janvier. — Pneumonie du lobe inférieur droit.

Sans antécédents héréditaires particuliers. Célibataire. Ethylisme. 3 litres de vin par jour, en moyenne. Pas de troubles gastriques. Pas de syphilis.

Un refroidissement, vers l'âge de 20 ans, qui guérit en 5 à 6 jours. Le malade se porte bien d'habitude ; il ne tousse pas.

Etat actuel, remontant à dimanche dernier, 13 janvier. Ce jour-là, sans qu'il ait pu en déterminer la cause, le malade fut pris d'un violent point de côté gauche et de frissonnements. Il n'eût pas de frisson franc, intense. Depuis lors, il tousse, a de la dyspnée ; de plus, il a, depuis le 15 janvier environ, un hoquet très fatigant et continu ; il ne s'est alité que le 15.

Actuellement, malade peu abattu, ne délirant pas, en proie à un hoquet fréquent et continu. Pas de douleur réveillée par la pression au niveau des insertions gauches costales du diaphragme.

La pointe du cœur ne peut être délimitée, même par le décubitus latéral gauche. Les bruits du cœur sont très sourds ; à la pointe, on entend à peine le deuxième bruit ; à la base, on les distingue très mal. Il semble que, au-dessous du mamelon, on ait, à la région précordiale, une augmentation de la zone de matité habituelle. Le poulx est tendu, fréquent (108). Pas d'herpès.

Aux poumons : à gauche, matité des 2/3 inférieurs du poumon. Matité de bois à la base. Les vibrations paraissent diminuées à la base ; exagérées au-dessus. A l'auscultation, souffle tubaire aux 2 temps, surtout expiratoire, qui n'est, actuellement, accompagné d'aucun râle (hier en avant, aux 2 temps, râles sous-crépitants). A la base, le souffle est entendu, mais comme un peu voilé, éloigné. A l'auscultation de la voix, on a de l'égophonie, mais pas franche, et accompagnée d'un certain degré de retentissement. Pas de râles dans l'aisselle. En avant, skodisme sous-claviculaire. Le souffle n'est pas entendu à ce niveau ; pas de râles.

A droite, quelques râles, surtout à la base. Expectoration faite de salive et de mucus. Légère teinte saumonée de quelques crachats.

L'abdomen résiste à la palpation. Les fonctions digestives et intestinales se font bien.

Le foie ne semble pas notablement augmenté de volume : il est peu douloureux à la palpation.

Splénomégalie : trois ou quatre travers de doigt de matité à la région splénique.

Pas d'œdème des membres inférieurs.

Urines sans sucre, légère albuminurie.

22 janvier. — Ponction exploratrice négative de la base gauche. On entend la respiration dans l'aisselle et dans les creux sus et sous-claviculaires gauches. Ventouses sacrifiées sur le trajet du phrénique et K Br qui n'ont que peu modifié le hoquet. Celui-ci est nettement plus accentué dans la station assise. Il ne s'accompagne d'aucun spasme œsophagien.

23 janvier. — Yeux profondément excavés. Le hoquet a diminué légèrement. Il est moins bruyant, mais se reproduit quatorze fois par minute, une fois toutes les 4 respirations, en moyenne (56 respirations par minute).

24 janvier. — 0,80 c./c. de digitale. Amélioration. Le hoquet a disparu cette nuit.

25 janvier. — On entend très bien les bruits du cœur. A la base droite, on a du souffle tubaire qui dépasse l'angle des côtes. Quelques râles crépitants rares à la fin de l'inspiration. Râles crépitants après la toux ; presque râles de retour dans toute la hauteur à gauche.

26 janvier. — Urines sans sucre ni albumine.

Décès le 26 janvier.

Voici les températures quotidiennes du malade :

19 janvier.....	S. 38°7.	23 janvier.....	M. 38°5.
6 ^e jour de la pn.		10 ^e jour de la pn.	S. 39°7.
20 janvier.....	M. 39°2.	24 janvier.....	M. 39°2.
7 ^e jour de la pn.	S. 39°5.	11 ^e jour de la pn.	S. 38°9.
21 janvier... ..	M. 38°5.	25 janvier.....	M. 38°9.
8 ^e jour de la pn.	S. 39°.	12 ^e jour de la pn.	S. 38°5.
22 janvier.....	M. 38°3.	26 janvier.....	M. 38°9.
9 ^e jour de la pn.	S. 39°2.	13 ^e jour de la pn.	

Autopsie, le 27 janvier 1901, pratiquée par M. le professeur Devic.

Poids des organes : Cœur, 330. Poumon droit, 1580. Poumon gauche, 1650. Foie, 1800. Rein droit, 160. Rein gauche, 160. Rate, 170.

Rien au péritoine : ni ascite, ni traces d'inflammation ancienne ou récente. Surcharge graisseuse externe du péritoine très marquée

Adhérence récente et lâche entre la plèvre médiastine gauche et la face latérale du péricarde. Cette adhérence existe un peu à droite, mais beaucoup moins marquée qu'à gauche, où il y a des exsudats assez épais, restant fixés à la plèvre quand on cherche à en détacher le péricarde.

Le phrénique gauche peut être disséqué facilement. Il est inclus dans la graisse qui surcharge le péricarde. Pas de gros ganglions le long de son trajet.

Un peu de liquide dans le péricarde, avec quelques exsudats qui nagent dans ce liquide.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont assez volumineux. Ils forment un gros paquet, en partie rosés, en partie anthracosiques, nullement caséux.

Cœur. — Pas d'insuffisance aortique à l'épreuve de l'eau ; aorte un peu athéromateuse. Les deux oreillettes sont gorgées de caillots, surtout cruoriques. Il n'y a de caillots fibrineux que dans l'oreillette droite. Surcharge graisseuse très marquée du cœur. Pas de lésion orificielle. Un peu d'athérome de la région mitro-aortique et au fond des nids de pigeon. Pas de tacheté sous endocardique. Pas d'endocardite.

Rien à l'œsophage, ni à l'estomac.

Le foie présente, à sa surface, une série de taches décolorées, qui pénètrent un peu dans la profondeur (à 0,01 c/m environ). Elles sont jaunâtres, ne font pas saillie. Elles siègent à la convexité, surtout sous le ligament suspenseur. Foie un peu gros. Pas de calculs dans la vésicule.

Poumon gauche. — Adhérences considérables entre la plèvre diaphragmatique et le muscle. La séparation est impossible.

La pleurésie n'est pas très marquée à la base, contrairement à ce que les signes cliniques faisaient prévoir,

Hépatisation grise presque uniforme dans tout le poumon ; on ne trouve de parenchyme crépitant que dans la moitié supérieure du lobe supérieur qui est seulement envahi par de l'œdème. A la par-

tie postéro-inférieure de l'organe, se dessine très nettement un gros trajet lymphatique.

Poumon droit. — Symphyse pleurale. Pleurésie enkystée à la partie postéro-inférieure avec un petit prolongement suivant le bord inférieur et s'avancant en avant ; cette cavité, de la grosseur d'un poing, contient un peu de liquide trouble, et la plèvre viscérale, à son niveau, est couverte d'exsudats fibrineux récents.

Presque tout le lobe inférieur est le siège d'hépatisation grise, qui s'arrête, en bas, d'une façon assez brusque, à la partie du poumon correspondant à la partie supérieure de la pleurésie enkystée. A partir de là, en se dirigeant en bas, on n'a plus guère que de l'atélectasie. Le lobe supérieur tranche d'une façon très nette. Simple congestion et crépitation normale. Au sommet, vieux foyer de tuberculose fibro-crétacée.

Les lésions du poumon droit sont moins anciennes que celles du poumon gauche.

Rien aux capsules surrénales.

Reins décolorés. La capsule s'enlève bien ; la surface est lisse.

Rate molle, diffluente, moyennement grosse.

Corps thyroïde ; Testicules : Vessie ; Rien

L'examen histologique des organes a été fait par M. le professeur Devic. En voici le résultat.

L'examen du phrénique a été fait de la façon suivante :

1° On a fait une dissociation.

2° On a fait durcir un fragment du nerf dans le liquide de Müller et on l'a coloré à l'acide osmique.

Par les deux procédés, on n'a trouvé aucune altération de névrite, ni parenchymateuse, ni intestitielle.

Foie : pas d'autres altérations que la dégénérescence graisseuse.

Poumons de la pleurésie enkystée : la plèvre viscérale est très épaisse ; dans les points du parenchyme qui confine à la plèvre, on trouve une série d'alvéoles qui sont atteints de pneumonie épithéliale, d'ailleurs sur une bande peu large parallèle à la plèvre. Aucune altération tuberculeuse.

OBSERVATION III (inédite).

Communiquée par M. le professeur CHATIN.

H. P., cocher de tramways, 29 ans, entré le 30 mai 1902, sorti le 21 juin 1902.

Diagnostic : Pneumonie du sommet droit. Hoquet douloureux. Douleur sur le trajet du phrénique, au cou, et point diaphragmatique. Transmission des pulsations cardiaques à droite par le poumon hépatisé.

Antécédents héréditaires : rien à signaler.

Antécédents personnels : aucune maladie grave.

Marié à 23 ans, quatre enfants bien portants. Léger éthylisme.

L'affection actuelle remonte à trois jours (27 mai). Début brusque par frissons, fièvre, sueurs ; point de côté sous le mamelon droit, puis est apparue de la toux.

A l'entrée, le malade frissonne. Dyspnée vive. Toux peu fréquente. Crachats rares, visqueux, aérés, ambrés, adhérents au vase.

Examen des poumons : *En arrière*, submatité à droite dans toute la hauteur ; vibrations exagérées surtout au sommet. *A droite et en bas*, respiration très affaiblie devenant soufflante au sommet. Souffle tubaire dans la fosse sous-épineuse se propageant au côté gauche, bien que la respiration n'y soit pas autrement modifiée. *A droite*, au sommet, bouffées de râles crépitants intermittents, surtout à la fin de l'inspiration. A ce niveau bronchoponie et pectoriloquie aphone.

En avant. — Respiration forte, non modifiée ; rien d'anormal, en particulier pas de skodisme.

Cœur. — La pointe bat faiblement dans le cinquième espace, sur la ligne mamelonnaire. Bruits réguliers rapides, non soufflants. Pouls tendu, régulier, rapide (110).

Tube digestif. — Soif vive, appétit nul, pas de vomissements, constipation depuis 5 jours. Langue blanche, saburrale, humide, estomac non dilaté. Abdomen dur, rétracté, ne permettant pas la palpation du foie ni celle de l'estomac.

Système nerveux. — Céphalée le soir seulement. Ni insomnie, ni excitation, ni délire, ni abattement, ni prostration.

Pupilles égales, pas de signes du côté du récurrent.

Urines rares, rouges et sans albumines.

Température au delà de 39°.

Crachats rouillés.

1^{re} juin. — Pouls 120 petit, 0,30 centig. de digitale,

2 juin. — Pouls 90 bien meilleur R. 45 T. 40°1. Hoquet depuis hier soir. Douleurs lombaires sans vomissements. Ce hoquet est très douloureux, il fatigue le malade et s'accompagne d'efforts, de vomissements sans rejet d'aliments, ni de rien. On donne de l'héroïne qui calme le hoquet.

3 juin. — Le hoquet persiste, bien que calmé par l'héroïne. Il est très douloureux pour le malade. Rire sardonique.

A la base droite, tympanisme remontant sur quatre travers de doigt.

Point phénique de G. de Mussy (bouton) assez net, pas de point scalénique.

4 juin. — Rien au cœur, ni au péricarde.

5 juin. — Le hoquet persiste, injection de 0,01 c.c. d'héroïne qui calme pendant deux heures T = 39°4.

Le hoquet se produit sous forme de secousses brusques du diaphragme groupées par séries de 2 ou 3. Il est très douloureux, sans vomissements. Rire sardonique. Douleur à la pression entre les calènes, réveille le rire sardonique qui se produit spontanément d'ailleurs dans les fortes secousses de hoquet. La pression n'est pas douloureuse le long du sternum ; elle est douloureuse au niveau de l'insertion du grand droit, à droite.

Matité hépatique abaissée de deux travers de doigt. Pas de météorisme.

Bruits du cœur sourds. Pas de frottements péricardiques.

Ponction exploratrice à la base droite qui ne ramène absolument rien.

6 juin. — On sent, à droite, depuis plusieurs jours des battements synchrones aux mouvements du cœur, dans toute la région antérieure du thorax et jusque sur la ligne axillaire.

7 juin. — On sent encore dans le côté droit les mêmes battements perçus hier, mais moins marqués. D'ailleurs la température est tombée (38°1). Le pouls est moins tendu.

Les battements sont perçus par la main appliquée sur toute la région du sein droit et même encore dans la région axillaire. Ils sont également appréciables par la palpation digitale dans les 3^e, 4^e et 5^e espaces intercostaux à trois travers du doigt du bord droit du sternum.

La pointe du cœur se sent dans le quatrième espace, en dedans du mamelon gauche. Les bruits sont sourds, réguliers sans frottements, ni souffle.

L'auscultation à l'aide du stéthoscope dans la région du mamelon droit, en dessus du mamelon, révèle des bruits cardiaques plus forts qu'à gauche. On sent et on voit très bien la tête soulevée pendant l'auscultation de cette région. A jour frisant, on voit du reste l'hémithorax droit présenter une pulsation isochrone au pouls.

Mensuration au niveau du mamelon, 0,42 c.t., à droite, 0,40 c.t. à gauche.

Les battements cardiaques ne sont pas perçus en arrière.

L'auscultation est gênée par le hoquet que le malade présente de nouveau quand on le fait asseoir.

Matité des 2/3 supérieurs. Sonorité du 1/3 inférieur.

Le souffle ne persiste qu'à la région moyenne.

Au point de vue des phénomènes diaphragmatiques, le hoquet a beaucoup diminué. La pression au niveau du phrénique au cou est toujours douloureuse ainsi qu'aux insertions antérieures du diaphragme.

Pas de vomissements.

Aux crachats rouillés, ont fait suite des crachats purulents, très adhérents au vase.

Aucun signe oculo-pupillaire. Pas de signes médiastinaux.

8 juin. — Disparition du hoquet.

9 juin. — On voit encore à jour frisant, le sein droit présenter un battement isochrone au pouls. La palpation large ne perçoit plus les pulsations d'une façon bien sensible. Par contre, la palpation digitale les sent encore bien dans le troisième espace au dessus du mamelon.

Plus de hoquet depuis avant-hier après-midi.

L'exploration du phrénique n'est plus douloureuse, ni au cou, ni au niveau du diaphragme.

15 juin. — Les battements ont complètement disparu du côté droit, à la vue. Au palper digital des 2^e et 3^e espaces intercostaux droits, on sent encore des battements légers; à l'auscultation, les bruits du cœur s'entendent encore à droite, mais considérablement atténués.

En arrière persistance du souffle tubaire dans la région de l'épine de l'omoplate.

21 juin. — Le malade sort guéri.

Voici les températures quotidiennes du malade.

30 mai.....	M. 39°6.	5 juin.....	M. 39°4.
4 ^e jour de la pn.	S. 39°5.	10 ^e jour de la pn.	S. 38°9.
31 mai.....	M. 39°9.	6 juin.....	M. 38°5.
5 ^e jour de la pn.	S. 40°2.	11 ^e jour de la pn.	S. 38°6.
1 ^{er} juin.....	M. 39°8.	7 juin.....	M. 38°1.
6 ^e jour de la pn.	S. 40°1.	12 ^e jour de la pn.	S. 38°2.
2 juin.....	M. 39°7.	8 juin.....	M. 37°8.
7 ^e jour de la pn.	S. 39°2.	13 ^e jour de la pn.	S. 37°9.
3 juin.....	M. 39°1.	9 juin.....	M. 37°5.
8 ^e jour de la pn.	S. 39°5.	14 ^e jour de la pn.	S. 37°6.
4 juin.....	M. 39°5.		
9 ^e jour de la pn.	S. 39°8.		

A partir de cette date la température n'est plus remontée au-delà de 37°6.

Remarques. — A propos de ce malade, citons un passage de Grisolle (1), où il est fait allusion à des battements thoraciques analogues à ceux que notre malade présentait.

« *Pulsations thoraciques.* — Le Docteur Graves a prétendu, d'après un fait qu'il avait observé, que dans les cas de pneumonie, on

(1) Grisolle, Traité pratique de la pneumonie, 1841, page 247.

pouvait percevoir par l'auscultation, au niveau des parties malades, la sensation d'un battement d'expansion, analogue à celui que donnerait une tumeur anévrysmale. On conçoit, dit Graves, que dans les engorgements mous et demi-fluides du poumon, cet organe uni au cœur par des vaisseaux larges, doive être agité de pulsations fortes, presque égales à celles d'un anévrysme, ou bien encore à celles qu'on voit dans certaines tumeurs fongueuses ou cérébriformes. W. Stokes a adopté l'opinion de Graves, sans citer pourtant aucun fait concluant en sa faveur, Je ne sais si MM. Hourmann et Dechambre ont voulu désigner un phénomène analogue à celui indiqué par Graves, lorsqu'ils disent avoir perçu, dans un cas de pneumonie, sur toute la face antérieure gauche du thorax, une sorte de vibration isochrone à l'impulsion du cœur. Quoiqu'il en soit, jusqu'à présent, je n'ai pu vérifier l'exactitude des opinions émises par les deux pathologistes anglais, quoique depuis 2 ans j'aie cherché avec soin le phénomène dont ils parlent sur plus de 70 malades atteints de pneumonie. »

Voici le fait de Graves (1), auquel Grisolle fait allusion :

« Chez un malade que je voyais il y a quelque temps avec sir Henry Marsh, j'ai eu l'occasion d'observer ces pulsations singulières de la poitrine qui accompagnent fréquemment la pneumonie, et que Laennec rapportait à l'impulsion du cœur transmise par le poumon hépatisé.

Or, cette explication ne me semble pas complètement satisfaisante. Et d'abord, le battement est trop fort pour qu'on puisse lui attribuer cette cause. Ainsi, chez le rév. M., la pulsation était aussi violente au niveau du sein droit et même plus en dehors, qu'au niveau de la région précordiale. Si cette pulsation dépendait de la transmission du choc cardiaque par un corps solide, sa force, en un point quelconque, devrait être inversement proportionnelle à la distance du cœur. C'est ainsi qu'un homme qui porte une grosse enclume sur

(1) Graves, Leçons de Clinique médicale, traduit par Jaccoud, t. II, p. 59.

sa poitrine, ressent à peine un léger choc lorsqu'on frappe sur cette enclume avec un marteau à 2 mains. Mais, chez mon malade, la pulsation occupait toute la région antérieure du poumon droit, ce qui est déjà assez loin du cœur, surtout chez un homme à poitrine bien développée; et cependant, en bien des points, la force de la pulsation était aussi grande qu'au niveau même de la région cardiaque; conséquemment, on ne peut pas voir dans ce phénomène une simple propagation du choc du cœur.

D'une autre part, il n'est point aisé de concevoir comment l'impulsion du cœur, transmise à travers le poumon, peut mettre cet organe en mouvement; remarquez d'ailleurs qu'il ne s'agit point ici d'un mouvement simple, c'est un mouvement de pulsation contre la paroi thoracique; celle-ci bat distinctement contre le stéthoscope, elle soulève à chaque fois la main ou l'oreille de l'observateur, et l'on a parfaitement conscience que ce battement est produit, non pas par un corps solide qui se meut latéralement (ainsi que cela aurait lieu pour le poumon droit hépatisé, déplacé par le choc du cœur), mais par une force impulsive qui fait effort dans toutes les directions, comme si l'on avait sous l'oreille les pulsations d'un anévrysme. En fait, ces battements de la poitrine ont la plus grande analogie avec les pulsations anévrysmales; ils sont seulement un peu plus diffus, et n'ont pas la même force dans tout l'espace qu'ils occupent.

Quelle est donc la cause de ce singulier phénomène? Pour résoudre cette question, il nous faut tenir compte des modifications physiques que l'inflammation avait déterminées dans le poumon. Le tissu pulmonaire était solide, car il n'existait ni respiration bronchique, ni bronchophonie, mais il était gorgé de sang, et, au lieu de présenter cette texture légère et spongieuse qu'il doit à ses innombrables cellules aériennes, il offrait sans aucun doute cette injection, cette obstruction générale que Bayle et Laennec ont appelée engorgement. Dans cet état d'engorgement, de mollesse, de semi-fluidité, il n'est pas étonnant que le poumon, qui est uni au cœur par des vaisseaux considérables, présente des pulsations presque aussi fortes que celles d'un anévrysme. Vous savez que le cerveau bat à chaque contraction du cœur, que les tumeurs fongueuses et encéphaloides

des membres et du tronc donnent lieu quelquefois à des pulsations si nettes et si fortes, que le chirurgien peut se tromper sur leur véritable nature, et les prendre pour des tumeurs anévrysmatiques.

Lorsque le travail inflammatoire est plus avancé, et que le poumon est converti en une masse dense et solide, chacune des pulsations du cœur est sentie et entendue sur une grande surface. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas de solidification tuberculeuse, et le Docteur Townsend a présenté sur ce point des observations pleines de justesse ; mais dans aucun de ces cas, l'observateur ne sera tenté de comparer ce soulèvement de la paroi thoracique à la pulsation d'un anévrysme. Ces pulsations, ces battements du poumon enflammé, indiquent constamment une affection violente et redoutable ; alors, en effet, l'action du cœur est grandement excitée, et il est ordinairement très difficile de la ramener à ses conditions normales. Dans ces circonstances, l'impulsion est assez augmentée pour produire des battements, non seulement dans le poumon enflammé, auquel le cœur est uni par des vaisseaux énormes, mais encore dans les veines superficielles des extrémités ; ce fait démontre la justesse de l'explication que je vous ai donnée sur le mode de production de ces pulsations pulmonaires. »

OBSERVATION IV (inédite)

communiquée par M. le Docteur Mollard

M. N...., âgé de 77 ans, a toujours joui d'une excellente santé. Il est pris, le 1^{er} juin 1902, des premiers symptômes d'une pneumonie franche : frisson, point de côté à la base droite, fièvre. Les signes physiques apparaissent le lendemain ; la pneumonie envahit progressivement la totalité du poumon droit, sauf le sommet droit, et évolue normalement en 8 jours. La défervescence se fait le 9 juin. Il s'est agi d'une pneumonie lobaire type avec crachats rouillés, et la seule particularité remarquable a été la suivante :

2 ou 3 jours avant la défervescence, le malade a été pris d'un hoquet intense, répété, presque continu au début, avec plusieurs secousses successives. Ce hoquet était douloureux, et indisposait

sérieusement le patient par sa continuité. On n'a constaté à ce moment aucun signe appréciable de pleurésie diaphragmatique. Toutefois, vers le 10 juin, on a pu entendre des frottements pleuraux très accusés, et il est permis de supposer que la plèvre diaphragmatique était aussi le siège d'un léger degré d'inflammation. Le hoquet a persisté pendant 8 jours environ, puis, après s'être progressivement atténué, a disparu. La résolution de la pneumonie a été lente. Le 8 juillet, elle était terminée et le malade, complètement guéri, est parti pour la campagne.

En résumé, hoquet très intense au cours d'une pneumonie franche, se poursuivant pendant plusieurs jours après la défervescence. Il fait craindre à ce moment une complication métapneumonique, mais l'absence de fièvre fait écarter cette hypothèse. Le pronostic favorable est justifié par l'évolution ultérieure d'une convalescence normale.

OBSERVATION V (inédite)

Communiquée par M. le professeur Devic.

S.-J. N..., cantonnier, 42 ans. entré le 19 juillet 1902, décédé le 22 juillet 1902.)

Diagnostic : Pneumonie droite des lobes moyen et inférieur chez un alcoolique. Grosse albuminurie.

Père mort à 60 ans d'affection indéterminée. Mère morte asthmatique après une longue maladie qu'on ne peut préciser.

Personnellement, à l'âge de 22 ans, affection intestinale, caractérisée surtout par de la diarrhée ayant duré trois mois.

Jamais de diarrhée depuis cette époque.

Il y a 5 ans, le malade eut une bronchite pour laquelle il fut soigné, durant trois semaines, à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle Saint-Irénée. Depuis ce moment, sans tousser d'une façon habituelle, il se trouve plus fatigué les hivers, et il lui arrivait de s'arrêter de travailler un jour ou deux, à cause d'un point qu'il ressentait au côté droit.

Marié : sa femme est bien portante ; 8 enfants ; 3 garçons, 5 filles.

Les 3 garçons bien portants, les 5 filles mortes en bas âge de convulsions.

Ethylisme très marqué depuis longtemps. L'affection qui amène le malade à l'hôpital a débuté mercredi dernier 16 juillet; le malade qui se portait bien les jours précédents, a éprouvé du malaise et de l'anorexie, sans frissons, qui ne l'ont cependant pas empêché de travailler pendant la journée de mercredi; le soir, il s'est alité, et la même nuit, il a ressenti un violent frisson, bientôt suivi d'un point de côté localisé à la base du thorax du côté droit. Le lendemain, il a présenté des vomissements, et s'est mis à tousser, tandis que son point de côté persistait. Délire dès la première nuit; incontinence des matières fécales, la seconde. Les deux premières nuits, le malade aurait présenté des crises convulsives avec déviation des commissures et stertor. Antérieurement, au dire de sa femme (janvier 1902) il aurait eu des crises d'allure comitiale.

À l'entrée, le point de côté et les vomissements ont disparu. Le malade a le visage coloré, il ne présente pas actuellement de délire et répond assez bien aux questions.

Pigmentation brune générale des téguments; légère teinte subictérique des conjonctives. Développement très marqué du système pileux. Langue saburrale, mais humide. Pas d'herpès, pas d'œdème des membres inférieurs.

Aux poumons : en arrière, à gauche, sonorité normale.

En arrière, à droite, matité commençant à l'épine de l'omoplate, franche dans la région sous-épineuse, mais devenant moins franche à la base droite.

Les vibrations sont très faibles à la base, exagérées au tiers moyen jusqu'à l'épine.

À l'auscultation, souffle tubaire presque exclusivement expiratoire, s'étendant depuis l'épine jusqu'à la base. Son maximum est à la partie moyenne du bord spinal de l'omoplate, et il devient très atténué à l'extrême base. Rien dans l'aisselle, le long du bord axillaire de l'omoplate, près de la pointe, quelques râles crépitants après la toux.

En avant, le murmure respiratoire est plus affaibli à droite qu'à gauche.

R = 44 par minute.

Expectoration sale, louche, gris noirâtre, abondante, adhérente et non aérée.

Toux fréquente.

Hoquet.

Cœur : Pointe difficile à localiser, tachycardie. Le poulx battait hier soir à 140, ce matin à 132. Il est régulier mais petit. Le malade a pris ces deux derniers jours 0,30 et 0,40 cent. de poudre de feuilles de digitale.

Foie : Dépasse d'un travers de doigt les fausses côtes.

Urines rares, chargées en couleurs. Gros disque d'albumine.

T = 39°8 à l'entrée. -- 39°8 ce matin.

21 juillet. — Beaucoup d'albumine.

Le hoquet a persisté le 20 et le 21 juillet.

Décès le 22 juillet.

Voici les températures quotidiennes du malade :

19 juillet.....	S. 39°8.	21 juillet.....	M. 39°8.
4 ^e jour de la pn.		6 ^e jour de la pn.	S. 39°9.
20 juillet.....	M. 39°6.	22 juillet.....	M. 40°7.
5 ^e jour de la pn	S. 40°3.	7 ^e jour de la pn.	

Autopsie le 24 juillet 1902, pratiquée par M. le professeur Devic.

Poids des organes ; Cœur. 290 ; foie, 2320 ; rate, 130 ; poumon droit, 1620 ; poumon gauche, 840 ; rein droit, 180 ; rein gauche, 200.

Point de liquide dans le péricarde. Une tache laiteuse. Pas de péricardite.

Cœur : Oreillette droite distendue par des caillots fibrineux adhérents. Surcharge graisseuse externe à peu près nulle. Pas de lésions anciennes ni récentes de l'endocarde. Rien aux valvules. Aorte remarquablement souple. Pas d'athérome,

Poumon gauche : Adhérences de la plèvre au niveau du sommet. Emphysème peu marqué du bord antérieur. Cicatrice assez profonde du lobe supérieur avec tissu fibreux bien développé ; pas de tuberculose récente. Tout le lobe supérieur crépite, mais est le siège d'un œdème extrêmement marqué. Le lobe inférieur est beaucoup plus lourd, plus dense que le supérieur ; sa moitié supérieure crépite et

est également le siège d'un œdème très marqué. Sa moitié inférieure est beaucoup plus dense, plus lourde, à peu près uniformément, sauf à l'extrême base. A la surface de la coupe, il y a, au centre, des îlots granuleux faisant un peu saillie, et, à la périphérie, une zone lisse traversée par des bandes fibreuses très peu épaisses. Un fragment de ce parenchyme, immergé, reste entre deux eaux. La plèvre, à ce niveau, a perdu son aspect lisse et est nettement dépolie. Il y a même, à l'extrême base, quelques petits exsudats.

En somme, il s'agit ou de broncho-pneumonie à petits noyaux isolés, ou de splénisation avec zone corticale d'atélectasie.

A la surface de la coupe, en plusieurs points, on voit sourdre un peu de pus.

Poumon droit : Beaucoup plus volumineux que le gauche. Adhérences de la plèvre au niveau de la scissure interlobaire, et un peu à la plèvre diaphragmatique. Cicatrice ancienne bien marquée du sommet sans symphyse à ce niveau-là.

Le lobe supérieur crépite encore : gros œdème ; la partie la plus inférieure est déjà en état d'hépatisation. Tout le lobe moyen est dans un état intermédiaire entre l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise. Il en est de même dans le lobe inférieur, qui est absolument dans le même état. Cette hépatisation n'a rien de tuberculeuse. La pleurésie occupe toutes les parties correspondant aux points hépatisés. Il y avait de la pleurésie médiastine du côté droit.

Le foie est très gras. La vésicule est pleine de bile sans calculs. Un peu de sclérose.

Reins : Il paraît y avoir un peu de sclérose rénale, mais la substance corticale est très décolorée.

Estomac, œsophage, duodénum : rien.

Rien aux organes génitaux.

Rate molle, diffluente.

OBSERVATION VI (inédite)

Communiquée par M. le professeur Devic

G. B..., voiturier, entré le 25 novembre 1902.

Diagnostic : Pneumonie droite chez un éthylique, localisée au lobe supérieur. — Hoquet. — Infiltration bacillaire du sommet gauche. — Laryngite de même nature.

Rentre pour toux, point de côté avec état fébrile, survenus brusquement depuis deux jours.

Père mort à 66 ans de pleurésie. Mère morte à 44 ans de brûlure. 3 sœurs et 2 frères en bonne santé.

Marié à 19 ans : 2 enfants bien portants. Pas de fausses couches de la femme. Exerce la profession de voiturier (conduit des camions chargés de ballots de soie). Ethylisme manifeste : boit au moins 2 litres 1/2 de vin par jour, des apéritifs et des petits verres ; pas de rhumastisme. Nie toute spécificité.

Personnellement, bonne santé habituelle. Rougeole dans l'enfance. Pas d'autres affections aiguës antérieures. Alors qu'il séjournait auprès d'Avignon, le 14 juillet dernier, contusions de la hanche droite qui l'obligea à rester aliter pendant un mois. Actuellement encore, les mouvements violents de l'articulation de la hanche sont douloureux.

L'affection actuelle a débuté lundi matin, soit il y a 2 jours, sans que rien n'ait fait prévoir son apparition. Le malade qui s'était levé comme à l'ordinaire, se rendait à son travail, lorsqu'il ressentit brusquement, vers 7 heures du matin, un frisson subit, intense avec claquement des dents, qui l'obligea à s'aliter immédiatement. En même temps, il ressentit un point de côté violent sous-mammaire droit. Toux d'abord sèche et quinteuse, actuellement accompagnée d'une expectoration séreuse, abondante, de coloration verdâtre.

Oppression assez vive (44 resp. par minute) ; légère agitation nocturne. Insomnie, quelques troubles gastriques, inappétence, langue saburrale, T = 39°4 à l'entrée ; pouls = 120, régulier.

A l'examen du thorax. — En arrière, légère augmentation des

vibrations à la base droite. La percussion ne décèle rien d'anormal à ce niveau. A l'auscultation, souffle tubaire perçu plus nettement à la partie moyenne. Le murmure vésiculaire se perçoit au sommet. Aucun foyer de râles n'est perçu à l'auscultation.

En avant, on retrouve le souffle tubaire sans que l'on entende de râles fins.

Sommet gauche : obscurité respiratoire sans exagération des vibrations.

Cœur : la pointe bat dans le 4^e espace, un peu en dedans du mamelon. Le rythme est régulier, accéléré (pouls = 120).

Urines claires, sans albumine.

27 novembre. — A remarquer, une cicatrice adhérente au niveau du 1/3 externe de la clavicule droite. Depuis hier, diarrhée très intense qui semble due à l'ingestion du lait.

Induration de la queue de l'épididyme droit.

L'examen de l'articulation coxo-fémorale ne décèle rien d'anormal; les mouvements sont conservés, non douloureux.

Dans la fosse sus-épineuse droite, matité avec résistance marquée au doigt. Le murmure vésiculaire n'est perçu qu'à partir de l'angle inférieur de l'omoplate. A l'auscultation, souffle tubaire et râles crépitants seulement dans le 1/3 externe de la fosse sus-épineuse. Les râles sont perçus nettement dans l'aisselle.

Quelques râles muqueux à la base droite. Le murmure vésiculaire est perçu jusqu'à la base. En avant, le murmure est perçu dans le creux sus-claviculaire. Obscurité considérable du sommet droit. Matité de la région sous-claviculaire droite, jusqu'à la troisième côte.

Le malade n'expectore pas aujourd'hui.

29 novembre. — Depuis cette nuit, le malade a un délire bien marqué. Le souffle est toujours très net dans l'aisselle, avec des râles crépitants.

Langue sèche. La diarrhée persiste; pouls à 114 fort, plein, régulier.

Pas de modification des signes physiques depuis hier, et surtout pas d'explication de l'obscurité du sommet gauche.

30 novembre. — La nuit dernière, le malade a eu un délire de

paroles et d'action tel que son isolement a été rendu nécessaire. Ce matin, il se présente en proie à une agitation marquée, mais il répond aux questions posées et demande instamment qu'on le fasse dormir.

Pas de modification des signes physiques.

1^{er} décembre. — Le malade a été moins agité la nuit dernière (il a pris 6 grammes de chloral et 3 grammes de K Br.).

Ce matin, il répond aux questions qu'on lui pose. Les signes physiques sont toujours limités au lobe supérieur droit. Dans le creux sus-claviculaire, on perçoit le murmure et les râles. Les râles crépitants sont perçus en avant et dans l'aisselle. En arrière, on ne trouve que le souffle.

L'expectoration est aujourd'hui abondante et bien caractéristique.

120 au pouls — R = 44.

La diarrhée persiste, abondante.

2 décembre. — Les râles sont moins abondants, on n'en perçoit plus dans l'aisselle. Le souffle est moins fort; pouls 124. R = 40.

4 décembre. — Depuis hier après-midi, le malade présente un hoquet intermittent qui survient lorsqu'on le fait boire. L'état général persiste.

5 décembre. — Le hoquet est permanent depuis hier matin, survenant régulièrement toutes les minutes à peu près.

A l'examen, l'abdomen est un peu tendu. L'auscultation du cœur est presque impossible, à cause de la dyspnée et du hoquet (R = 48). A la percussion de la région sous-claviculaire droite, on obtient un son qui rappelle le pot fêlé. Les râles entendus à ce niveau, ont presque les caractères du gargouillement. On les retrouve aussi dans l'aisselle.

En arrière, à la base droite, on a, à l'inspiration, des râles humides, éclatant par bouffées, qui semblent être des râles sous-crépitaants fins.

Sur la ligne axillaire, on n'entend plus le souffle à partir d'un point situé au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Le malade n'a pas eu d'herpès. Il a la langue sèche, rôtie, se plaint d'une soif vive. La diarrhée est très abondante.

L'examen du sang ne révèle pas de leucocytose.

6 décembre. — La diarrhée persiste, tellement abondante que, depuis son entrée, le malade aurait eu, au dire de la sœur, au moins 30 selles par jour; pouls = 106.

Langue plus humide, meilleure.

Le hoquet paraît ce matin légèrement atténué. A l'examen, râles sous-crépitants au niveau de la fosse sus-épineuse droite. A la base, râles à la fin de l'inspiration. Mais pas de souffle.

7 décembre. — La défervescence a débuté le 13^e jour pour se faire en 3 jours.

Le hoquet a disparu à peu près. On constate une vésicule d'herpès sur la lèvre inférieure. Il reste, dans la fosse sus-épineuse, une expiration soufflante. De même, dans la fosse sous-épineuse. On entend le murmure. A la fin de l'inspiration, bouffées de râles fins. Pouls = 112.

9 décembre. — Le malade présentant depuis quelques jours une dysphonie marquée, et, ce matin, même de l'aphonie, avec une légère douleur à la déglutition, on pratique l'examen laryngoscopique qui dénote les faits suivants : pâleur marquée du voile sur laquelle tranchent quelques varicosités. — Mucosités abondantes sur la face postérieure du vestibule laryngé. — Infiltration du cartilage aryténoïde gauche et du repli aryténo-épiglottique du même côté. Œdème de la bande ventriculaire gauche. Les deux cordes présentent une légère rougeur du bord libre. La corde droite présente une parésie marquée dans les efforts de phonation, et conserve, dans les mouvements de respiration, la position cadavérique. La corde gauche, mobile, présente à sa partie moyenne, une petite végétation.

En résumé, lésions de laryngite bacillaire au début (infiltration sans ulcération).

Voici les températures quotidiennes du malade :

25 novembre.....	S. 39°3	28 novembre.....	M. 38°9
2 ^e jour de la pn.		5 ^e jour de la pn.	S. 40°3
26 novembre.....	M. 40°4	29 novembre.....	M. 39°1
3 ^e jour de la pn.	S. 39°5	6 ^e jour de la pn.	S. 39°4
27 novembre.....	M. 40°6	30 novembre.....	M. 39°9
4 ^e jour de la pn.	S. 40°1	7 ^e jour de la pn.	S. 39°8

1 ^{er} décembre.....	M. 40°0	7 décembre.....	M. 37°7
8 ^e jour de la pn.	S. 40°0	14 ^e jour de la pn.	S. 38°4
2 décembre.....	M. 39°8	8 décembre.....	M. 37°7
9 ^e jour de la pn.	S. 40°1	15 ^e jour de la pn.	S. 38°3
3 décembre.....	M. 39°2	9 décembre.....	M. 37°6
10 ^e jour de la pn.	S. 40°0	16 ^e jour de la pn.	S. 38°7
4 décembre.....	M. 40°4	10 décembre.....	M. 37°8
11 ^e jour de la pn.	S. 39°5	17 ^e jour de la pn.	S. 38°5
5 décembre.....	M. 39°5	11 décembre.....	M. 37°6
12 ^e jour de la pn.	S. 39°5	18 ^e jour de la pn.	S. 38°0
6 décembre.....	M. 38°5	12 décembre.....	M. 37°5
13 ^e jour de la pn.	S. 38°7	19 ^e jour de la pn.	S. 37°7

Depuis le 12 décembre, la température du malade n'est plus remontée au-delà de 37°8.

OBSERVATIONS VII, VIII, IX, X (1)

Mulreany. — Le hoquet comme symptôme de la pleurésie et de la pleuro-pneumonie. (The Lancet. — 18 mars 1854). — Traduction de M. le Docteur Baillou.

M. D. F. . . , âgé de 22 ans, grand, bien bâti, fut atteint de pneumonie avec les symptômes de fièvre inflammatoire. Température élevée. Moiteur de la peau; face couverte de sueurs profuses, pouls rapide et ample. Soif, irritabilité de l'estomac. Céphalée intense avec torpeur. Rejet, en toussant, d'un peu de salive rouillée ou plutôt légèrement striée de sang. Avait été saigné d'environ 12 onces par M. X. . . qui avait également prescrit un purgatif et un mélange diaphorétique. Tel était l'état du malade à ma visite qui eût lieu 8 heures après le début. En examinant le sujet, je trouvai les symp-

(1) Ces 4 observations sont très contestables, non pas pour ce qui a rapport au hoquet, mais en tant que pneumonie; aucun symptôme n'y est en effet rapporté.

tômes ci-dessus décrits, mais aggravés. Mal de tête intense, respiration saccadée, rapide; vomissements; la poitrine, en avant, rendait un son clair à la percussion avec une respiration quelque peu puérile. Latéralement et entre les épaules, la percussion et l'auscultation ne découvrirent rien de plus qu'une respiration plus sonore que la normale. Pas de douleurs abdominales; pas de douleurs autre part qu'à la tête, pas de délire. Le purgatif avait agi. La saignée fut répétée, le diaphorétique fut continué; j'ordonnai du calomel toutes les 6 heures; on coupa les cheveux au malade et on lui mit de la glace sur la tête.

2^e jour, 9 heures. — Les symptômes n'ont pas diminué, le mal de tête augmente, la respiration est plus rapide, chaque seconde ou troisième respiration est accompagnée d'un hoquet; 4 onces de sang furent prises sur l'artère temporale pour combattre le mal de tête, et le docteur S..., qui fut mandé pour voir le malade à 10 heures, le même jour, diagnostiqua un abcès du foie et attira l'attention sur une anomalie du premier bruit du cœur qu'il attribua à la perte du sang. Le traitement mercuriel et antiphlogistique fut abandonné et on institua un traitement pour soutenir le malade. Un vésicatoire fut appliqué sur l'hypochondre droit et sur la région épigastrique. La maladie évolua en empirant chaque jour; l'estomac rejetait tout, le hoquet accompagnait chaque respiration. Intelligence parfaitement lucide. Pas de sommeil. Au niveau du diaphragme et circulairement, on appliqua une ceinture de vésicatoires et environ trois jours avant la mort on avait en vain essayé de modifier la situation par un traitement mercuriel. Le patient mourut 15 jours après le commencement de l'attaque, le hoquet ayant persisté jusqu'à la fin. On prétendit avoir vu du pus dans les déjections; mais le cas est douteux. Le patient ne pouvait pas rester couché.

* * *

L..., âgé de 21 ans, haut de 5 pieds et 4 pouces, bien musclé et bien bâti; vu 3 jours après le début de sa maladie, pouls à 112, dur, respiration très accélérée, impossibilité absolue de rester couché; pas de toux, température augmentant lentement, langue sèche, soif, vomissements répétés et hoquet continu. Pas de coloration

jaune des léguments ni de la conjonctive ; pas de mal de tête, esprit inquiet ; son clair à la percussion en avant ; en arrière du côté gauche également ; mais du côté droit, du côté interne et au-dessous de l'omoplate, il y avait de la matité et un murmure respiratoire très indistinct immédiatement au-dessus. La respiration s'était beaucoup accélérée ; une inspiration prolongée ne causait pas de douleur mais augmentait le hoquet. En introduisant les doigts entre les espaces intercostaux, on provoquait une douleur vive à l'endroit touché. Traitement : saignée. Toute la poitrine fut frottée toutes les 3 ou 4 heures avec de l'huile de térébenthine et le traitement mercuriel fut institué principalement sous forme de lavements, l'estomac ne supportant rien. Le hoquet persista 17 jours, diminuant en même temps que les crachats augmentaient, parallèlement aux phénomènes qui se passaient dans le poumon. Guérison.

* * *

C..., 56 ans, mince et délicat, forgeron, ayant abandonné son métier quelque temps avant, avait souffert de hoquet continuels huit jours avant ma visite. Contre ce hoquet, il avait usé de toutes sortes d'antispasmodiques. Symptômes ; douleurs du côté droit et à l'épaule s'irradiant jusqu'à l'oreille ; matité et absence du murmure vésiculaire : toux, hoquet précédant chaque expiration même pendant les courts instants de sommeil dont le malade jouissait. Même traitement que pour le précédent. Le hoquet persista 26 jours. Guérison.

* * *

D..., 40 ans, fermier, robuste ; les seuls symptômes étaient ceux d'une pleurésie partielle du côté droit accompagnée de hoquet ; pas de toux, pouls presque normal ; l'estomac conserve assez bien les aliments. Traitement : petite saignée, vésicatoire, calomel et opium nuit et jour ; ce traitement amena la guérison en quelques jours sans faire cracher le malade. J'imagine que les ventouses et le vésicatoire pouvaient bien n'avoir pas été étrangers à la réapparition d'un nouvel et léger accès. Le hoquet persista environ 12 jours.

Les symptômes pulmonaires qui étaient les mêmes, le second que le premier jour, n'étaient pas exposés de la même façon, dans le premier cas, qu'ils l'avaient été dans la lettre au docteur S..., et aucun autre billet n'a été conservé. D'ailleurs c'était une simple différence d'opinion. Cependant j'ai une légère hésitation, en affirmant que ces symptômes présentent, une relation marquée avec ceux des trois cas suivants qui pour moi se rattachent clairement à une affection thoracique.

VALEUR DIAGNOSTIQUE

Nous avons maintenant à nous demander ce à quoi répond le hoquet, phénomène surajouté aux symptômes ordinaires d'une pneumonie. Eh bien, disons-le tout de suite, le hoquet est très probablement l'indice d'une pleurésie diaphragmatique ou parfois médiastine. La propagation à la plèvre de l'inflammation pulmonaire est chose connue depuis fort longtemps, et nous n'avons pas à insister ici sur la grande fréquence ou plutôt la constance des réactions pleurales de toute pneumonie. Andral employait, pour désigner ce fait, systématiquement, la dénomination de pleuro-pneumonie (1).

Parmi les nombreuses expériences qui viennent à l'appui de cette affirmation, nous ne citerons que les suivantes (2). « Maragliano, en 1884-85, a constaté, au moyen de la seringue de Pravaz, l'existence de très légers épanchements séro-fibrino-purulents, à la surface de poumons

(1) Netter, in traité de Médecine de Bouchard et Brissaud, 2^e édition. Tome VI, p. 479.

(2) Netter, in traité de Médecine de Bouchard et Brissaud, 2^e édition. Tome VII, p. 455.

hépatisés chez 21 malades. Dans le cours de l'année 1890-91 il a répété ces ponctions exploratrices systématiquement chez 58 pneumoniques ; 38 de ceux-ci, soit plus de la moitié, présentaient un exsudat séro-purulent en très petite quantité. Cet exsudat disparaît le plus ordinairement quand la pneumonie a pris fin. Quelquefois, l'épanchement, d'abord séro-purulent, devient, avant de disparaître, un liquide limpide séro-fibrineux. » Quand la pleurésie survient un temps plus ou moins long après la défervescence de la pneumonie, on dit que l'on a affaire à une pleurésie métapneumonique. Quand la pleurésie débute pendant le cours de la pneumonie c'est une pleurésie parapneumonique (1) et la détermination pleurale diaphragmatique ou médiastine à laquelle nous faisons allusion, rentre précisément dans cette dernière catégorie.

Naturellement, ces pleurésies parapneumoniques évoluent pour leur propre compte, indépendamment de la pneumonie qui a été leur point de départ. Elles peuvent, par conséquent, guérir avant la défervescence de la pneumonie ou, au contraire, prolonger leur évolution plus ou moins longtemps après cette défervescence.

Le hoquet, avons-nous dit, est très probablement l'indice d'une pleurésie diaphragmatique ou parfois médiastine. A cette affirmation, nous apportons deux sortes de preuve : des preuves anatomo-pathologiques et des preuves cliniques.

(1) Mauvais. Essai sur les pleurésies parapneumoniques. Paris, 1896.

Ch. Siems. Les pleurésies parapneumoniques. Paris, 1901.

Preuves anatomo-pathologiques. Reprenons les autopsies de nos deux malades des observations II et V et voyons si nous y trouvons des lésions qui puissent justifier ce que nous avançons.

OBSERVATION II. — J. C...

Autopsie le 27 janvier 1901, pratiquée par M. le Professeur Devic.

Adhérence récente et lâche entre la plèvre médiastine gauche et la face latérale du péricarde. Cette adhérence existe un peu à droite, mais beaucoup moins marquée qu'à gauche, où il y a des exsudats assez épais, restant fixés à la plèvre quand on cherche à en détacher la péricarde.

Le phrénique gauche peut être disséqué facilement. Il est inclus dans la graisse qui surcharge le péricarde, Pas de gros ganglions le long de son trajet.

Poumon gauche. — Adhérences considérables entre la plèvre diaphragmatique et le muscle. La séparation est impossible.

La pleurésie n'est pas très marquée à la base, contrairement à ce que les signes cliniques faisaient prévoir.

Hépatisation grise presque uniforme dans tout le poumon : on ne trouve de parenchyme crépitant que dans la moitié supérieure du lobe supérieur qui est seulement envahi par de l'œdème.

Poumon droit. — Symphyse pleurale. Pleurésie enkystée à la partie postéro-inférieure avec un petit prolongement suivant le bord inférieur, et s'avancant en avant. Cette cavité, de la grosseur d'un poing, contient un peu de liquide trouble, et la plèvre viscérale, à son niveau, est couverte d'exsudats fibrineux récents.

Presque tout le lobe inférieur est le siège d'hépatisation grise qui s'arrête, en bas, d'une façon assez brusque, à la partie du poumon correspondant à la partie supérieure de la pleurésie enkystée. A partir de là, en se dirigeant en bas, on n'a plus guère que de l'atélectasie

Le lobe supérieur tranche d'une façon très nette; simple congestion et crépitation normale. Au sommet, vieux foyer de tuberculose fibro-crétacée.

Les lésions du poumon droit sont moins anciennes que celles du poumon gauche.

L'examen histologique a donné les résultats suivants :

L'examen du phrénique n'a permis de trouver aucune altération de névrite, ni parenchymateuse, ni interstitielle.

Poumon de la pleurésie enkystée : la plèvre viscérale est très épaissie; dans les points du parenchyme qui confine à la plèvre, on trouve une série d'alvéoles qui sont atteints de pneumonie épithéliale, d'ailleurs sur une bande peu large, parallèle à la plèvre. Aucune altération tuberculeuse.

OBSERVATION V. — S.-J. N...

Autopsie le 23 juillet 1902, pratiquée par M. le Professeur Devic.

Poumon gauche. — Adhérences de la plèvre au niveau du sommet. Emphysème peu marqué du bord antérieur. Cicatrice assez profonde du lobe supérieur avec tissu fibreux bien développé. Pas de tuberculose récente. Tout le lobe supérieur crépite, mais est le siège d'un œdème extrêmement marqué. Le lobe inférieur est beaucoup plus lourd, plus dense que le supérieur. Sa moitié supérieure crépite et est également le siège d'un œdème très marqué. Sa moitié inférieure est beaucoup plus dense, plus lourde, à peu près uniformément, sauf à l'extrême base. A la surface de la coupe, il y a, au centre, des îlots granuleux faisant un peu saillie, et, à la périphérie, une zone lisse traversée par des bandes fibreuses très peu épaisses. Un fragment de ce parenchyme, immergé, reste entre deux eaux. La plèvre, à ce niveau, a perdu son aspect lisse et est nettement déposée. Il y a même, à l'extrême base, quelques petits exsudats.

En somme, il s'agit ou de broncho-pneumonie à petits noyaux isolés, ou de spléno-saïtion avec zone corticale d'atélectasie.

A la surface de la coupe, en plusieurs points, on voit sourdre un peu de pus.

Poumon droit. — Beaucoup plus volumineux que le gauche. Adhérences de la plèvre au niveau de la scissure interlobaire et un peu à la plèvre diaphragmatique. Cicatrice ancienne bien marquée du sommet sans symphyse à ce niveau-là.

Le lobe supérieur crépite encore; gros œdème; la partie la plus inférieure est déjà en état d'hépatisation. Tout le lobe moyen est dans un état intermédiaire entre l'hépatisation rouge et l'hépatisation grise. Il en est de même dans le lobe inférieur qui est absolument dans le même état. Cette hépatisation n'a rien de tuberculeuse. La pleurésie occupe toutes les parties correspondant aux points hépatisés. Il y avait de la pleurésie médiastine du côté droit.

Ces deux autopsies sont absolument concluantes. La première relate une pleurésie médiastine gauche avec exsudats assez épais, une pleurésie médiastine droite moins marquée, une pleurésie diaphragmatique gauche avec adhérences considérables et, enfin, une pleurésie diaphragmatique droite enkystée. Le poumon était le siège d'une pneumonie franche bien nette. Le phrénique était sain.

La seconde autopsie relate dans le poumon l'existence d'une pneumonie un peu moins typique. On y trouve une légère adhérence de la plèvre diaphragmatique droite et une pleurésie médiastine du même côté.

Preuves cliniques. — Donnons d'abord les symptômes de la pleurésie diaphragmatique. Le malade se plaint d'un point de côté plus inférieur que dans la pleurésie ordinaire et aussi beaucoup plus douloureux. Sur le trajet du phrénique, la pression est douloureuse entre les deux faisceaux inférieurs du sterno-mastoïdien (point scalé-

nique); à l'intersection de deux lignes, dont l'une continue la partie osseuse de la dixième côte, et l'autre le bord du sternum (bouton de G. de Mussy); le long de la base du thorax, aux insertions du diaphragme; le long du sternum dans les espaces intercostaux. On observe une dyspnée excessive, même de l'orthopnée avec respiration convulsive et voix entrecoupée. Le hoquet a été plusieurs fois observé; il se répète fréquemment. Assez souvent, il y a des nausées pénibles suivies parfois de vomissements. Le rire sardonique serait exceptionnel. Enfin, on a signalé de l'ictère, du météorisme, du délire.

Les signes physiques sont presque nuls; immobilité du diaphragme; parfois, abaissement du foie. Rien à la percussion ou matité légère à la base du thorax; vibrations parfois diminuées du côté malade; affaiblissement de la respiration par immobilité du thorax, parfois frottements.

Quant à la pleurésie médiastine, son diagnostic est très difficile, souvent impossible. On recherchera le syndrome médiastinal de Dieulafoy: dyspnée, accès d'oppression, tirage, cornage, toux coqueluchoïde, dysphagie, troubles de la voix, circulation thoracique complémentaire, hoquet. Comme signes physiques, rien ou seulement matité à droite ou à gauche de la colonne vertébrale.

Relisons, maintenant, nos observations et cherchons-y des symptômes analogues à ceux que nous venons de décrire. L'obs. III reproduit presque au complet le tableau classique de la pleurésie diaphragmatique. Douleur à la pression sur le trajet du phrénique, avec un maximum au niveau du bouton de G. de Mussy. Au début, le malade n'avait pas le point scalénique, mais le 5 juin, ce signe

est noté. Le rire sardonique est apparu à plusieurs reprises. Pas de signes physiques ; même une ponction exploratrice, faite à la base droite n'a pas ramené de liquide, ce qui n'est pas étonnant, l'épanchement, dans la pleurésie diaphragmatique, étant le plus souvent enkysté ; cet enkystement explique que le liquide ne manifeste sa présence par aucun signe perceptible, ni à l'auscultation, ni à la percussion, et qu'il demeure inaccessible à la ponction exploratrice. Ceci dit dans l'hypothèse d'un épanchement ; or, il se peut que l'inflammation pleurale se fasse sans épanchement. Pour Jaccoud (1), ce serait même le cas le plus fréquent : « On a dit que la pleurésie diaphragmatique était rare. Cela n'est vrai que pour la pleurésie avec épanchement..... Mais la pleurésie diaphragmatique sèche est, au contraire, des plus communes. »

Dans l'obs. II, on a trouvé, à la pression, une légère douleur au niveau du bouton de G. de Mussy. Le malade présentait une dyspnée excessive et douloureuse. Là encore, absence de signes physiques et ponction exploratrice de la base gauche négative.

Dans l'obs. IV, au début, à part le hoquet, aucun signe appréciable de pleurésie diaphragmatique, mais bientôt, on pût entendre des frottements pleuraux très accusés, et il est permis, dit M. le Dr Mollard, de supposer que la plèvre diaphragmatique était le siège d'un léger degré d'inflammation.

Dans les trois autres obs. I, V et VI, nous ne relevons,

(1) Jaccoud. *Gazette des Hôpitaux*, 17 février 1887.

à part le hoquet, aucun symptôme qui puisse faire songer à une pleurésie diaphragmatique ou médiastine, mais, très probablement, on ne les a pas recherchés, l'attention n'ayant pas été éveillée, sur ce point particulier, au moment de l'examen du malade.

Ainsi donc, l'hypothèse que nous avons avancée dès le début de ce chapitre et qui s'était trouvée corroborée par l'anatomie pathologique, se trouve aussi justifiée par la clinique.

Hoquet signifie très probablement pleurésie diaphragmatique et parfois médiastine. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ces deux variétés de pleurésie sont le plus souvent très difficiles à diagnostiquer. Il est bien rare que l'on soit en présence d'un tableau clinique aussi complet que celui de l'obs. III. Le plus souvent, les symptômes objectifs et subjectifs font défaut, ou du moins, ils demandent à être recherchés. En présence d'un malade atteint de pneumonie et qui présentera tout à coup du hoquet au cours de sa maladie, qu'on recherche les points douloureux sur le trajet du phrénique, et il est bien rare qu'on ne trouve pas, au moins, un point sensible au niveau de ce que l'on appelle le bouton de G. de Mussy. Et même ne trouverait-on pas de point douloureux, même sans dyspnée douloureuse, sans anxiété, en se basant sur le hoquet seul, nous croyons que l'on est autorisé à porter le diagnostic de pleurésie diaphragmatique parapneumonique.

La pleurésie diaphragmatique, en effet, dit le docteur Hermil (1), peut passer inaperçue et demande à être

(1) Hermil. Thèse de Paris, 1879. Etude sur la pleurésie diaphragmatique.

recherchée avec soin. Un seul symptôme doit suffire pour mettre l'esprit du praticien en éveil, et le meilleur c'est le hoquet, signe indéniable de la souffrance du diaphragme. De plus, c'est un symptôme qui saute aux yeux, et c'est là sa supériorité sur les points névralgiques phréniques qui, eux, demandent une exploration attentive et délicate,

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Le hoquet, disons-nous, est dans la pneumonie, très probablement la manifestation d'une pleurésie diaphragmatique ou parfois médiastine. C'est, en effet, l'hypothèse la plus plausible, celle qui concorde le mieux avec les faits que nous avons observés.

Qu'est-ce donc que le hoquet? « Le hoquet est une contraction spasmodique du diaphragme déterminant une brusque secousse de la paroi abdominale et thoracique, et s'accompagnant d'un bruit rauque et inarticulé causé par le resserrement de la glotte. » Ch. Eloy. Le hoquet est un acte réflexe dont la voie centrifuge est le phrénique, la voie centripète, le pneumogastrique. Le hoquet peut donc être provoqué :

I. Par l'excitation du pneumogastrique ou des organes placés sous sa dépendance.

II. Par l'excitation du phrénique.

III. Par l'excitation directe du diaphragme.

D'où trois ordres d'hypothèses que nous allons discuter.

I. — Action sur le pneumogastrique. — Le poumon et la plèvre reçoivent leurs nerfs sensitifs du pneumogastrique, et il est permis de se demander si la compression et l'irritation des extrémités terminales du vague par l'inflammation pulmonaire n'est pas capable de provoquer le hoquet. Nous ne le croyons pas, car alors le

hoquet serait un symptôme ordinaire de la pneumonie, au lieu d'être plutôt rare, les extrémités terminales du pneumogastrique étant toujours, en effet, plus ou moins dans des conditions anormales d'irritation, lorsque le poumon est le siège d'une pneumonie, quelle que soit la localisation du processus.

Le hoquet peut-il, dans la pneumonie, être d'origine digestive? Evidemment oui mais alors, on doit trouver dans l'histoire du malade quelque symptôme de troubles stomacaux, intestinaux, péritonéaux ou hépatiques. Rien de tout cela dans nos observations.

En conséquence, nous rejetons l'hypothèse de l'origine pneumogastrique du hoquet dans la pneumonie.

II. — *Action sur le phrénique.* — Nous pouvons aussi incriminer le phrénique et nous pouvons en expliquer l'excitation de plusieurs façons.

Le poumon hépatisé, par exemple, n'est-il pas capable de comprimer le nerf sur le péricarde? Nous ne le croyons pas, car M. le professeur R. Tripier (1) a nettement démontré que, dans la pneumonie, le poumon n'augmente pas de volume, quelles que soient l'intensité et l'étendue de l'hépatisation. Mais, par contre, l'existence d'une pleurésie médiastine expliquerait fort bien l'excitation de ce nerf; cette pleurésie médiastine est tantôt avec épanchement et enkystée; dans ce cas, il est permis de parler de compression du phrénique sur le péricarde; tantôt cette pleurésie est sèche ou simplement exsudative et nous admettons, dans ce cas, que les

(1) *Butletin de la Société Médicale des hôpitaux de Lyon.* — Séance du 10 janvier 1902.

adhérences en voie de formation enrobent le nerf, le tiraillent en tous sens, d'où son excitation et production du hoquet, bien que le phrénique lui-même soit sain comme l'a prouvé un examen histologique de M. le professeur Devic.

L'existence d'une pleurésie médiastine permettrait aussi de comprendre comment se produisaient les battements dont il est fait mention dans l'observation III, à propos de laquelle nous avons cité un cas analogue de Graves. Nous estimons que l'on pourrait admettre qu'une collection liquide médiastine enkystée, en contact direct avec le cœur, transmettait les pulsations cardiaques à la paroi thoracique par l'intermédiaire du poumon fortement hépatisé, ayant pour ainsi dire perdu toute élasticité.

Néanmoins, cette pleurésie médiastine qui explique si clairement la production du hoquet est une condition bien plus rare que la suivante.

III. — Action directe sur le diaphragme. — Reste l'hypothèse de l'excitation directe du diaphragme. Voici, en effet, comment les choses se passeraient. La pneumonie ouvre la scène ; pendant son évolution se développe une pleurésie diaphragmatique, sèche ou avec épanchement. Par voisinage, le diaphragme est le siège d'une inflammation, d'une myosite plus ou moins intense, mais suffisante en tous cas, pour irriter le tissu musculaire qui réagit par des contractions brusques et convulsives.

C'est à cette hypothèse que nous rattachons, comme étant la plus vraisemblable, d'abord en raison de la confirmation que lui donnent nos autopsies, et ensuite, en raison de la coïncidence de quelques autres signes de pleurésie diaphragmatique chez nos malades.

VALEUR PRONOSTIQUE

Maintenant que nous connaissons la signification du hoquet dans la pneumonie, nous sommes en mesure de nous demander quel est le pronostic particulier de ce phénomène et de l'affection dont il est la manifestation, et aussi, quelle modification il apporte au pronostic de la pneumonie.

Le hoquet, par lui-même, ne comporte pas un pronostic grave. Mais il est incontestable que par sa fréquence, par sa continuité, par son intensité, par les vomissements qu'il provoque et l'insomnie qu'il entraîne, il peut devenir extrêmement pénible pour le patient. Dangereux, nous ne pensons pas qu'il le soit jamais, car nous avons vu que sa durée ne se prolonge pas au delà de 9 jours, et encore, pendant tout ce temps, ne reste-t-il pas toujours aussi intense, ni aussi douloureux, ni aussi continu.

Dans les observations que nous avons rapportées, nous n'avons qu'un cas de mort avec hoquet ayant persisté jusqu'au bout, car dans l'observ. II, il est à remarquer que le hoquet avait disparu dans la nuit du 23 au 24 janvier, alors que la mort est survenue le 26 au matin.

Nous tenons à attirer également l'attention sur l'obs. IV qui a trait à un vieillard de 77 ans, lequel a parfaitement guéri de sa pneumonie malgré un hoquet particulièrement grave, intense et continu. En résumé, le hoquet, malgré son apparence alarmante, se borne à être un symptôme fort gênant et fort douloureux, mais il ne met pas les jours du malade en danger.

Etudions maintenant le pronostic de la pleurésie diaphragmatique en elle-même. Jaccoud (1) a dit : « On a dit que la pleurésie diaphragmatique était rare. Cela n'est vrai que pour la pleurésie avec épanchement, celle qui tue en deux ou trois jours ; mais la pleurésie diaphragmatique sèche est au contraire des plus communes. Je ne connais pas de cas de mort, tant que la pleurésie sèche diaphragmatique reste à l'état membraneux ». En effet les pleurésies diaphragmatiques bénignes, frustes sont d'une très grande fréquence, bien plus fréquentes qu'on ne le croirait, d'après la plupart des descriptions classiques. Notre obser. III est une guérison alors que les symptômes de pleurésie diaphragmatique étaient très intenses (hoquet très douloureux et très intense, points douloureux sur le trajet du phrénique, rire sardonique). D'ailleurs, il n'y a qu'à consulter les auteurs. Nous avons déjà donné l'opinion de Jaccoud. Andral (2), ne portait de pronostic défavorable qu'autant que la pleurésie diaphragmatique se compliquait d'une pleurésie costo-pulmonaire. Laënnec ne croyait pas non plus que cette

(1). Jaccoud, Gazette des Hôpitaux, 17 février 1887.

(2). Andral, Pleurésies diaphragmatiques. Clinique médicale, 4^e édition, 1840.

maladie fut bien grave, car c'est très souvent, qu'il trouvait aux autopsies de très anciennes adhérences de la plèvre diaphragmatique. G. de Mussy (1), partageait la même opinion. « La pleurésie diaphragmatique, dans ses formes bénignes passera souvent inaperçue pour ceux qui ne tiendront pas compte de tous ses signes délicats. Le plus souvent, je l'ai vu se terminer par la guérison ». Hermil (2), dit également que la guérison est la règle dans la forme bénigne et que cette forme est celle qu'on rencontre le plus souvent. Malaviale (3), arrive lui aussi à la même conclusion. Enfin, voici l'opinion de Marcel Sée (4) : la pleurésie diaphragmatique est fréquente, mais elle est plus souvent bénigne que grave ; il y a des pleurésies frustes : le pronostic est bénin même dans la forme aiguë typique.

Quoi d'étonnant dans ce pronostic bénin ? puisque l'on sait aujourd'hui que les pleurésies méta et parapneumoniques et, dans le cas actuel, la pleurésie diaphragmatique, sont dues au pneumocoque (5) ; et nous n'avons pas besoin d'insister ici sur la bénignité des pleurésies à

(1). N. G. de Mussy : Pleurésie diaphragmatique, Clinique médicale, tome I, 1874.

(2). Hermil, thèse de Paris, 1879. Essai sur la pleurésie diaphragmatique.

(3). Malaviale, thèse de Paris, 1890. Contribution à l'étude de la pleurésie diaphragmatique.

(4). Marcel Sée. Pleurésies diaphragmatiques. *Gazette des Hôpitaux*, 25 mars 1893.

(5). Delezenne, thèse de Lille, 1892.

Ch. Siems, thèse de Paris, 1901.

pneumocoques, opinion admise aujourd'hui par tous les traités et manuels de pathologie interne.

Il nous reste à envisager le pronostic de la pneumonie compliquée de hoquet. Malgré la bénignité du hoquet quoad vitam, malgré le peu de gravité ordinaire de la pleurésie diaphragmatique, il est bien certain que le fait de redouter une complication pleurale diaphragmatique, assombrit forcément le pronostic ; mais nous nous empressons d'ajouter que cette aggravation du pronostic est très faible et que pour évaluer le pronostic total il faudra surtout tenir compte de la pneumonie.

En résumé, le hoquet, symptôme pénible et douloureux, ne présente guère de danger quoad vitam. L'affection dont il témoigne est le plus généralement bénigne, et la guérison est la règle. Cependant le pronostic de la pneumonie au cours de laquelle il survient, est un peu assombri du fait de cette complication pleurale diaphragmatique.

TRAITEMENT

Nous ne voulons pas faire, ici, un chapitre de thérapeutique, et passer en revue tous les traitements qui ont été appliqués ou proposés contre le hoquet. Avec chaque auteur, c'est un procédé différent, un médicament nouveau. Celui-ci donne des antispasmodiques, celui-là prescrit des révulsifs, un troisième emploie l'électrisation. La plupart du temps, le résultat est un insuccès, et le hoquet n'est pas même modifié, ni calmé par le traitement.

Ce qu'il y a, peut-être, de moins inefficace, non pas pour guérir, mais pour calmer et soulager le malade, ce sont les injections sous-cutanées de morphine préconisées par Constable (obs. I), ou bien encore d'héroïne (étherdiacétate de morphine) employées par M. le P^r Chatin (obs. III).

CONCLUSIONS

I. — Un hoquet intense, douloureux, persistant, peut se montrer dans le cours de certaines pneumonies lobaires.

II. — Le hoquet, dans ce cas, est très probablement un symptôme de pleurésie diaphragmatique ou médiastine.

III. — Ces pleurésies diaphragmatiques ou médiastines parapneumoniques sont généralement bénignes, et n'ont, à part le hoquet, qu'une symptomatologie très fruste.

IV. — Elles aggravent relativement très peu le pronostic, mais augmentent singulièrement les souffrances du malade.

V. — La morphine ou l'héroïne, en injections sous-cutanées, peuvent calmer le hoquet, et peuvent être employées, sauf contre-indication.

Le Président de la Thèse,

H. SOULIER.

VU :

Pour le Doyen :

L'Assesseur,

LACASSAGNE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 19 décembre 1902.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

COMPAYRÉ.

~~~~~

LYON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE J. PRUDHOMME

32, cours Gambetta, 32

~~~~~


